

300
400

TO 300

ROGÉRIO DE SOUZA BARCALA

**PREVALÊNCIA DA SOROPOSITIVIDADE DO HIV NAS
MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

ROGÉRIO DE SOUZA BARCALA

**PREVALÊNCIA DA SOROPOSITIVIDADE DO HIV NAS
MULHERES ATENDIDAS NA MATERNIDADE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Edison Natal Fedrizzi**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

Barcala R. S.

Prevalência da Soropositividade do HIV entre as mulheres atendidas na Maternidade do Hospital Universitário. Florianópolis, 2001.
32p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a Conclusão no Curso de Graduação em Medicina–UFSC.

1. Gravidez; 2. HIV; 3. Epidemiologia.

AGRADECIMENTOS

Ao professor. Dr. Edison Natal Fedrizzi, pela orientação, paciência e apoio dispensados durante a execução deste trabalho.

Ao Serviço de Análises Clínicas do Hospital Universitário especialmente ao bioquímico Miguel Strazzer Neto, e ao funcionário Francisco Carlos Fermiano, o “Chiquinho”, sempre dispostos a ajudar.

À equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário, pela amizade concedida.

A Fabiana de Souza pela paciência e carinho.

Ao amigos Rodinei Tenório e Edson Yanaga pelo grande auxílio prestado.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a concretização deste trabalho.

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	5
3. Método.....	6
4. Resultados.....	8
5. Discussão.....	18
6. Conclusões.....	23
7. Referências.....	24
Normas adotadas.....	29
Resumo.....	30
Summary.....	31
Apêndice.....	32

1. INTRODUÇÃO

O primeiro caso de AIDS foi descrito em meados de 1981 em Los Angeles (EUA), quando se destacava o aumento inusitado da incidência de certas doenças raras até então, como o sarcoma de Kaposi e a pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii*¹. A descrição dos primeiros casos despertou grande interesse na comunidade científica, e deu início a uma série de pesquisas que contribuíram para o atual conhecimento da doença. Em 1983 pesquisadores do Instituto Pasteur em Paris isolaram num paciente com linfadenopatia um novo vírus, denominado LVA (vírus adenopático associado). Em 1984 pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer (EUA) comunicaram à Organização Mundial de Saúde (OMS) repetidos isolamentos do mesmo vírus, o Retrovírus Linfotrópico-T Humano III (HTLV-III). O LVA e o HTLV-III foram considerados como variantes de um mesmo vírus causador da AIDS, e o Comitê Internacional de Taxionomia de vírus oficializou o nome como vírus da imunodeficiência humana (HIV)^{2,3}.

No início a propagação do HIV era restrita aos denominados grupos de risco: homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Hoje a disseminação predominante no mundo é por contato sexual, principalmente nas relações heterossexuais^{4,5,6}.

No Brasil, a epidemia da AIDS teve início em 1982, quando foram descritos os primeiros casos em São Paulo e no Rio de Janeiro⁷, desde então, o perfil epidemiológico tem acompanhado a tendência mundial. No ano de 1984, 71% dos casos notificados eram referentes a homossexuais e bissexuais masculinos. Progressivamente, observou-se a redução dessa subcategoria de exposição, que em 1999/2000 totalizava apenas 22% dos casos notificados^{8,9}.

O aumento dos casos por via heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres, evidenciada na progressiva redução da razão de sexo entre todas categorias de exposição, de 24 homens : 1 mulher, em 1985, para 2 homens : 1 mulher em 1999^{4,9,10}.

O grupo etário mais atingido pela epidemia da AIDS no Brasil, em ambos os sexos, tem sido o de 20 a 39 anos, perfazendo 70% do total de casos de AIDS notificados até 03 de junho de 2000⁸.

Uma das conseqüências dessa maior participação feminina da faixa etária reprodutiva é o progressivo aumento na transmissão vertical. O primeiro registro desse tipo de transmissão no Brasil ocorreu em 1985, daí até 03 de junho de 2000 foram notificados 5409 casos de transmissão vertical^{8,9}.

Atualmente a transmissão perinatal é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil^{5,10}, sendo responsável, em nosso país, por 94% dos casos pediátricos (menores de treze anos), no período de 1999/2000⁹. As taxas de transmissão vertical oscilam nas diversas regiões do mundo, e vários fatores estão associados à maior transmissão do HIV da mãe para o filho. Entre eles, a doença avançada na mãe, a carga plasmática viral elevada, o aleitamento materno, o tipo de parto, a prematuridade, o tempo de rotura de membranas, a corioamnionite e o tabagismo¹¹. A alta carga viral materna é o principal fator de risco na transmissão da mãe para o filho, tanto na gestação quanto no parto; o aleitamento aproximadamente dobra o risco de transmissão vertical e a prematuridade é a complicação neonatal mais comum associada com a infecção materna pelo HIV. Aproximadamente um quinto das crianças infectadas terão AIDS ou morrerão até os 12 meses de idade, aumentando esta estimativa para um terço até 6 anos¹².

Estima-se que 12.898 gestantes estão infectadas pelo HIV, com base nos estudos-sentinelas realizados no Brasil. Este número corresponde a 0,4% de todas

as gestantes¹³. A prevalência é maior nas mulheres consideradas “grupo de risco” (usuários de drogas injetáveis, portadoras de DSTs, multiplicidade de parceiros, entre outras), mas tem aumentado sobremaneira nas mulheres sem nenhum fator de risco¹⁴. Em um levantamento epidemiológico realizado em Florianópolis em 1994 na Maternidade Carmela Dutra, com a colaboração do departamento autônomo de Saúde Pública (DASP), Fedrizzi e cols. encontraram 1,64% das gestantes HIV positivas, sendo que 75% delas negavam qualquer fator de risco.

A prevenção e o diagnóstico precoce são fundamentais devido aos efeitos da infecção sobre a gestação. Entre eles: o maior índice de abortamento, rotura prematura de membranas, retardo de crescimento intra-útero, óbito fetal, malformações fetais e infecções oportunistas materno-fetais^{16,17,18,19}. Além disso, as complicações pós-natais para a puérpera (agravamento do quadro clínico) e para o recém-nascido (desenvolvimento do quadro clínico da AIDS com suas complicações e repercussões associadas), tornam esta questão um grande problema de saúde pública atual, necessitando de estatísticas fidedignas para desenvolvimento de um trabalho maior de conscientização populacional e a introdução de uma terapêutica precoce e adequada para diminuir a transmissão perinatal, através de cuidados especiais durante a gestação, trabalho de parto e principalmente com o uso de drogas anti-retrovirais, como AZT, benefício comprovado por inúmeros trabalhos na literatura^{20,21,22,23,24}.

O Ministério da Saúde do Brasil, através da portaria número 236 de 02 de maio de 1985, estabeleceu normas para o controle da AIDS, tornando compulsória a sua notificação, e determinando que sejam feitas as investigações epidemiológicas dos casos de AIDS pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde²⁵.

Além disso, o acompanhamento da prevalência da infecção entre as gestantes fornece um indicador representativo da infecção entre as mulheres, uma vez que

tem base populacional, possibilitando a detecção precoce de flutuações da prevalência e/ou alterações do perfil epidemiológico da infecção.

2. OBJETIVOS

Determinar a prevalência da infecção pelo HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC, em trabalho de parto, curetagem uterina por aborto, em inibição de trabalho de parto prematuro, e puérperas, no período de junho a setembro de 2000, correlacionando a positividade com fatores de risco e epidemiológicos.

3. MÉTODO

No período de 6 de junho a 6 de setembro de 2000, foram avaliadas 507 mulheres admitidas na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina para realização de parto (normal ou cesárea), curetagem uterina por aborto, ou inibição de trabalho de parto prematuro. Dessas, 21 negaram-se a participar do estudo; 19 receberam alta hospitalar antes da coleta sanguínea; 26 amostras hemolisaram, e em 9 amostras a quantidade de sangue foi insuficiente para análise. Com isso, 432 mulheres foram investigadas quanto à sorologia para o HIV, pelos métodos de ELISA e Imunofluorescência indireta.

As amostras foram coletadas diariamente, através de punção venosa, utilizando-se o sistema de Vacutainer MR, em tubos siliconizados, estéreis, sem anticoagulante, identificados com o nome da paciente, e uma identificação numérica crescente após esclarecimento das pacientes a respeito da pesquisa e aceitação por parte destas através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice).

A identificação das mulheres teve por objetivo possibilitar o aconselhamento e/ou tratamento daquelas que apresentassem sorologia positiva, sendo encaminhadas ao ambulatório do HU para acompanhamento, se assim o desejassem. Os recém-nascidos, quando necessário, foram encaminhados para tratamento e acompanhamento no Serviço de Neonatologia/Pediatria do HU.

Após a coleta, o material foi encaminhado imediatamente ao Serviço de Análises Clínicas do Hospital Universitário (HU), sendo submetido à centrifugação após sua coagulação e utilizado o soro para análise.

Simultaneamente a coleta das amostras, preencheu-se um protocolo (apêndice), contendo dados sócio-econômicos, informações sobre controle pré-natal, dados clínicos e epidemiológicos, a fim de identificar e correlacionar possíveis fatores de risco. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com as mulheres e análise de prontuário médico destas, bem como, através da análise do prontuário dos recém-nascidos.

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Os materiais necessários para as coletas e análise foram fornecidos pelo Serviço de Análises Clínicas do HU, sob supervisão do professor Luiz Alberto Peregrini (chefe do Serviço).

Todas as amostras sangüíneas, foram submetidas ao duplo teste de ELISA, e os resultados positivos foram confirmados pelo teste de Imunofluorescência indireta sob coordenação do bioquímico Miguel Strazzer Neto

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa Epi Info versão 6.0, e o teste estatístico Yates corrigido e qui quadrado.

4. RESULTADOS

Do total de 432 mulheres que tiveram resultado conclusivo do teste anti-HIV, 427 foram negativos, e 5 (1,16 %) tiveram resultado positivo. Destas, 2 já sabiam ser HIV positivas antes da gestação. (conforme tabela I).

TABELA I: Frequência da soropositividade para o HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Anti-HIV	FREQÜÊNCIA	%
Negativo	427	98,84
Positivo	5	1,16
Total	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Com relação ao motivo da internação, 383 mulheres (88,52%) eram parturientes, sendo que 271 evoluíram para parto vaginal (62,73%), e 112 foram submetidas à cesárea (25,93%). Todas as mulheres do grupo HIV positivo internaram para parto, sendo que 60% evoluíram para parto normal e 40% para cesárea. Não foi significativa a diferença quanto a via de parto no grupo HIV positivo e negativo ($p=0,9731$) (tabela II).

TABELA II: Caracterização das mulheres segundo motivo de internação e o resultado do exame anti-HIV, na Maternidade do HU/UFSC.

Motivo da internação	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
PN	3	60	268	62,76	271	62,73
PC	2	40	110	25,76	112	25,93
Curetagem	0	0	32	7,49	32	7,41
TPP	0	0	17	3,99	17	3,93
Total	5	100	427	100	432	100

Obs: PN = Parto normal; PC = Parto cesárea; TPP = Trabalho de parto prematuro.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 (p=0,9731).

Quanto à idade, observou-se um predomínio de testes positivos, em mulheres na faixa etária entre 16 e 20 anos (60%). Entre as mulheres com resultado negativo, 133 (31,15%) encontravam-se na faixa etária de 21 a 25 anos. Quando comparamos a faixa etária inferior ou superior a 20 anos vemos que não há diferença estatisticamente significativa (p=0,7629) (tabela III).

TABELA III: Correlação da idade e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Idade (anos)	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤15	0	0	7	1,64	7	1,62
16-20	3	60	114	26,70	117	27,08
21-25	1	20	133	31,15	134	31,02
26-30	1	20	82	19,20	83	19,21
31-35	0	0	57	13,35	57	13,20
36-40	0	0	27	6,32	27	6,25
>40	0	0	7	1,64	7	1,62
Total	5	100	427	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 (p=0,7629).

Em ambos os grupos houve predomínio das casadas ou com união estável, 80% para as soropositivas, e 88,76% para as soronegativas. Não havendo diferenças estatísticas (p=0,6602) (tabela IV).

TABELA IV: Correlação entre o estado civil e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Estado	HIV (+)		HIV (-)		Total	
civil	n	%	n	%	n	%
Casada	2	40	212	49,65	214	49,54
União est	2	40	167	39,11	169	39,12
Solteira	1	20	38	8,90	39	9,03
Separada	0	0	10	2,34	10	2,31
Total	5	100	427	100	432	100

Obs: União Est = União estável.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 (p=0,6602).

A maioria das pacientes avaliadas, 367 (84,95%), pertencia à raça branca. Entre as soropositivas, 4 (80%) e entre as soronegativas 363 (85,01%), diferença esta não significativa (p=0,7590) (tabela V).

TABELA V: Correlação entre raça e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Raça	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branca	4	80	363	85,01	367	84,95
Negra	1	20	64	14,99	65	15,05
Total	5	100	427	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001 (p=0,7590).

Das mulheres estudadas, 184 (42,59%) eram primíparas e entre as soropositivas nenhuma havia gestado mais de 3 vezes, enquanto que no grupo HIV negativo, este percentual foi de 15,92% (tabela VI).

TABELA VI: Correlação entre o número de gestações e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Gestações	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
I	2	40	182	42,62	184	42,59
II	2	40	108	25,30	110	25,46
III	1	20	69	16,16	70	16,21
IV	0	0	36	8,43	36	8,33
>IV	0	0	32	7,49	32	7,41
Total	5	100	427	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Quanto aos fatores sócio-econômicos, ocorreu um predomínio de mulheres com baixa renda, baixa escolaridade e com ocupações pouco qualificadas em ambos os grupos. A maioria das mulheres era analfabeta ou com o primeiro grau incompleto, tanto no grupo HIV negativo (49,42%) quanto no HIV positivo (40%) (tabela VII). Em relação à renda familiar e o resultado do exame anti-HIV, observamos uma heterogeneidade dos resultados. Encontramos 2 mulheres com sorologia positiva para o HIV com renda de 5 a 7 salários mínimos. As demais mulheres HIV positivas, apresentaram renda inferior a 5 salários mínimos (tabela VIII). A maioria das mulheres avaliadas referiu atividades pouco qualificadas. Sendo a maioria do lar (65% das mulheres HIV positivas, e 55,27% das HIV negativas) (tabela IX).

TABELA VII: Correlação entre a escolaridade e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Escolaridade	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	0	0	5	1,17	5	1,16
1º.G incomp	2	40	206	48,25	208	48,15
1o.G comp	0	0	50	11,70	50	11,57
2.G incomp	2	40	41	9,60	43	9,95
2o.G comp	1	20	86	20,14	87	20,14
3.G incomp	0	0	27	6,33	27	6,25
3o.G comp	0	0	12	2,81	12	2,78
Total	5	100	427	100	432	100

Obs: G = Grau; Comp = Completo; Incomp = Incompleto.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

TABELA VIII: Renda familiar em salários mínimos (SM)* e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

RENDA FAMILIAR	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 1	1	20	4	0,93	5	1,15
1 — 3	1	20	186	43,46	187	43,29
3 — 5	1	20	118	27,31	119	27,55
5 — 7	2	40	65	15,19	67	15,51
7 — 9	0	0	29	6,77	29	6,72
≥ 9	0	0	25	5,84	25	5,78
Total	5	100	427	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

* Salário mínimo no período de estudo R\$ 151,00.

TABELA IX: Correlação entre a ocupação e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Ocupação	HIV (+)		HIV (-)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Do lar	3	60	236	55,27	239	55,32
Doméstica	0	0	49	11,48	49	11,34
Estudante	1	20	25	5,86	26	6,02
Professora	0	0	15	3,51	15	3,47
Desempregada	1	20	3	0,70	4	0,93
Outras	0	0	99	23,18	99	22,92
Total	5	100	427	100	432	100

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Houve diferença estatisticamente significativa no peso dos recém-nascidos (RN) quando comparamos os grupos de mulheres HIV positivas e HIV negativas com peso do RN superior ou inferior a 2500 g ($p=0,0223$), Havendo um predomínio de crianças com peso superior a 2500g (75% e 91,81%, respectivamente) (tabela X).

TABELA X: Correlação entre o peso do RN e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

PESO RN	HIV (+)		HIV (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
500-1000	0	0	4	0,93	4	0,92
1001-1500	0	0	5	1,17	5	1,16
1501-2000	1	25	5	1,17	6	1,39
2001-2500	0	0	21	4,92	21	4,86
≥ 2500	4	75	392	91,81	396	91,67
TOTAL	5	100	427	100	432	100

Obs: Rn = Recém-nascido.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

Analisando-se a presença de fatores de risco das mulheres estudadas, observamos que 80% das pacientes soropositivas negaram fator de risco. O mesmo acontecendo com o grupo das mulheres do grupo HIV negativo (86,65%) (tabela XI). Entretanto, ao analisarmos os seus parceiros, notamos que 60% tinham parceiro de risco, e dentre essas 2 (40%) tinham o parceiro sabidamente HIV (+) (tabela XII). Quando consideramos os fatores de risco em conjunto, ou seja próprios da mulher e do parceiro, encontramos 60% das mulheres com fator de risco entre as soropositivas, e 22,24% entre as soronegativas, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,0109$).

TABELA XI: Correlação entre fatores de risco da mulher e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Fatores de risco da mulher	HIV (+)		HIV (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AUSENTE	4	80	370	86,65	374	86,57
PRESENTE:	1	20	57	13,35	58	13,43
DST prévia	0	0	8	1,87	8	1,18
Drogas	0	0	27	6,32	27	6,25
Hemotransusão	1	20	22	5,15	23	5,32

Obs: DST = Doença Sexualmente Transmissível.

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC-Florianópolis, 2001.

TABELA XII: Correlação entre fatores de risco do parceiro sexual e o resultado do exame anti-HIV nas mulheres atendidas na Maternidade do HU/UFSC.

Fatores de risco do parceiro	HIV (+)		HIV (-)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
AUSENTE	2	40	357	83,60	359	83,10
PRESENTE:	3	60	70	16,40	73	16,90
HIV (+)	2	40	0	0	2	0,46
Drogas	1	20	53	12,41	54	12,50
Hemotransusão	0	0	17	3,98	17	3,93

Fonte: Serviço de GO/Laboratório de análises clínicas HU/UFSC- Florianópolis, 2001.

5. DISCUSSÃO

A literatura apresenta resultado muito variado da prevalência de infecção do HIV em gestantes. Essas diferenças são dependentes de fatores demográficos, sociais, econômicos e culturais. As maiores taxas são encontradas na região central e leste da África, chegando a 20 a 30 % das gestantes em algumas áreas¹⁶. Nos Estados Unidos a prevalência varia de 0,5 a 0,6 por 1000 no meio oeste do país a 3,2 a 4,1 por 1000 no nordeste²⁶. No Brasil, do total de 26.980 amostras de sangue em gestantes de 15 a 49 anos de idade, coletadas em três coortes do Projeto Sentinela no ano de 1998, em estabelecimentos de saúde localizados em 50 municípios do país, 216 tiveram sorologia positiva para HIV, ou seja, 0,8%¹³. Szwarcwald e Castilho estimaram em 0,4% (12.898 gestantes) a proporção de gestantes infectadas no Brasil em 1998, e em 0,55% (2.731) na região Sul. Em nosso meio, Fedrizzi e cols. analisaram 730 gestantes na Maternidade Carmela Dutra em 1994 e encontraram 1,64% de positividade. Nosso estudo mostrou uma prevalência de 1,16%, ou seja, maior que os índices nacionais, mas praticamente o mesmo que há 6 anos em Florianópolis. Isso pode ser explicado pela grande incidência dessa doença no município, atualmente o oitavo município do país em coeficiente de incidência⁸. Apesar da amostra ser pequena, as informações aqui descritas e discutidas adquirem importância pois tenta caracterizar o perfil das mulheres com sorologia positiva para o HIV, atendidas na Maternidade do Hospital Universitário.

A literatura pesquisada demonstrou uma maior incidência de mulheres jovens infectadas com o vírus HIV^{8,9,17,28}. Kline e cols. (EUA, 2000) afirmaram que o contínuo aumento do número de mulheres infectadas em idade reprodutiva é uma das barreiras para a eliminação da transmissão perinatal do HIV. Nos

Estados Unidos estima-se que mais da metade da população infectada pelo HIV adquire o vírus entre as idades de 15 a 24 anos²⁹. No Brasil, segundo informe do Ministério da Saúde³⁰, 69,1% dos casos de AIDS notificados até 1997 tinham entre 21 e 40 anos de idade. Em nosso trabalho, concordando com a literatura pesquisada, 60% das mulheres infectadas tinham idade entre 16 e 20 anos, e não foi detectado nenhum caso com idade superior a 30 anos.

Quanto ao estado marital, Mere e Huamán (Peru, 1999) encontraram que 65% das gestantes soropositivas eram casadas ou amasiadas. Num estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro durante o ano de 1999, Vermelho e cols. demonstraram que 68% das mulheres infectadas também se encontravam nesse grupo. Nosso estudo também demonstrou um predomínio de mulheres com parceiro sexual fixo, sendo que 4 mulheres, ou seja 80% das soropositivas, eram casadas ou mantinham união estável.

No que se refere à raça, a maioria dos trabalhos têm demonstrado uma prevalência maior em mulheres negras^{5,17,18,19,31}. Ao contrário do descrito na literatura, nosso estudo mostrou que 80% das soropositivas eram brancas, provavelmente por um viés de seleção, já que praticamente 85% das mulheres pesquisadas eram brancas, predomínio racial da nossa região.

Muitos autores têm relatado uma maior frequência de primíparas e secundíparas soropositivas^{17,18,32}. Em um estudo realizado no Peru em 1997, Mere e Huamán, relataram que 45% das mulheres soropositivas eram primíparas e 30% secundíparas. Figueroa (México, 1999) encontrou 34% de primíparas e 34% de secundíparas. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados em nosso estudo, onde 40% das mulheres soropositivas eram primíparas e 40% secundíparas.

Avaliando os fatores sócio-econômicos, Eames e cols. (1993) afirmaram que a posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor

das suas condições de saúde, sendo que o padrão de risco observado é constantemente desvantajoso para os indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados. Dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível sócio-econômico, citam-se a escolaridade, a renda, e a ocupação³³, sendo que dentre estes, a escolaridade é considerada o melhor, por ser um indicador fácil de ser obtido, ter grande importância como determinante de saúde, e ser praticamente imutável durante toda a vida adulta. Com relação à epidemia da infecção pelo HIV, os estudos têm demonstrado uma mudança no perfil epidemiológico, com as camadas sociais menos favorecidas progressivamente mais atingidas. Vários autores têm demonstrado relação entre a baixa escolaridade e a elevada positividade para o HIV^{17,19,34}. No Brasil, a epidemia de AIDS atingiu inicialmente os estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os grupos com menor nível de instrução^{19,35}. Num estudo realizado na cidade de Botucatu (SP) em 1999, Galvão descreveu que 70% das mulheres soropositivas tinham apenas o nível elementar. Fonseca e cols. (2000), encontraram maior risco entre as mulheres de menor escolaridade na região Sudeste (onde a epidemia é mais antiga) e risco similar entre as duas categorias (1º. e 2º. grau) nas regiões Sul e Norte. Concordando com estes dados, encontramos em nosso estudo que 40% das mulheres soropositivas tinham o 1º. grau incompleto, e 40% o 2º grau incompleto, e que nenhuma das soropositivas tinha alguma instrução de nível superior. Quanto à renda familiar, o perfil descrito pela literatura é semelhante ao já comentado para a escolaridade, ou seja, a incidência vem aumentando progressivamente entre as mulheres pertencentes a classes sociais menos favorecidas^{17,19,28}. Vermelho e cols. (RJ, 1999) relataram que 70% das gestantes soropositivas, tinham renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos, e após desenvolvimento do quadro clínico de AIDS, apenas 30% das mulheres retornaram às atividades do mercado de trabalho formal. Assim como a maioria dos artigos pesquisados, nosso estudo

também teve um predomínio de baixa renda entre as soropositivas, sendo 50% na faixa de até 5 salários mínimos.

Vários autores têm demonstrado um predomínio de atividades não qualificadas entre as gestantes soropositivas^{16,26,37}. Figueroa (México, 1999) encontrou que 57% das mulheres tinham apenas trabalho doméstico, e das que trabalhavam fora, 40% não retornaram às atividades após o diagnóstico. Também encontramos, um predomínio de atividades não qualificadas, onde 3 mulheres (60%) eram do lar.

Estudos comparativos têm demonstrado resultados divergentes quanto às complicações neonatais, sobretudo referente à relação entre o baixo peso ao nascer e a soropositividade materna para o HIV, com tendência a boa evolução obstétrica e perinatal nos países desenvolvidos^{19,26,31}, e resultados desfavoráveis na África^{34,35,37}. Duarte e cols. num estudo realizado em Ribeirão Preto no ano de 1993, encontraram complicações como natimortalidade, prematuridade, e retardo do crescimento intra-útero. Porto e cols. (1996) relataram que 20,8% dos filhos de mães soropositivas tinham baixo peso ao nascer, número superior ao encontrado no grupo controle que foi de 11,8%. Em nosso estudo não encontramos relação entre baixo peso ao nascer e soropositividade materna, sendo que 75% das mulheres tiveram filho com mais de 2500g.

Inicialmente, a epidemia de AIDS estava restrita aos chamados grupos de risco (homossexuais e usuários de drogas injetáveis)^{10,11,16}. Entre as mulheres a epidemia inicialmente predominou entre as usuárias de drogas e/ou com atividade sexual promíscua. Purtcher e cols. (1991) afirmaram que os fatores de risco mais importantes para infecção pelo HIV entre as mulheres eram o uso de drogas e a promiscuidade sexual. Bessinger e cols., num estudo realizado nos Estados Unidos entre 1987 e 1995, encontraram que 35% das mulheres soropositivas tinham história de uso de drogas. Bain e cols. (Bahamas, 1996) descreveu uma significativa associação entre o uso de crack e cocaína e a

soropositividade das mulheres estudadas. Entretanto alguns estudos têm demonstrado um aumento da transmissão heterossexual entre as mulheres que negavam qualquer fator de risco^{8,28,31}. Shaffer e cols. (Bangkok, 1996) observaram que parceiro de risco (tal como drogadito e com múltiplas parceiras) foi o fator mais importante relacionado com a soropositividade das mulheres estudadas. Alvarez e cols. (Barcelona, 1997) avaliaram 200 gestantes soropositivas e encontraram apenas 1% de usuárias de drogas, e 53% negavam qualquer fator de risco. Em nosso estudo não observamos associação entre a soropositividade do HIV e os fatores de risco da mulher (80% das soropositivas negaram qualquer fator de risco). Entretanto, semelhante ao estudo de Shaffer e cols., ao analisarmos os fatores de risco dos parceiros observamos que dentre as mulheres HIV positivas 60% tiveram parceiros de risco, sendo que 2 (40%) relataram parceiro sabidamente HIV positivo, e uma delas relatou parceiro drogadito (20%). Esses dados conferem com a atual mudança no perfil epidemiológico da infecção pelo HIV, e reforçam a necessidade de realização do teste sorológico em todas as gestantes.

6. CONCLUSÕES

A prevalência da infecção pelo HIV entre as mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário para realização de parto, curetagem uterina por aborto, ou inibição de trabalho de parto prematuro, no período de estudo é de 1,16%.

A maioria das mulheres HIV positivas são jovens, com idade inferior a 20 anos (60%), casadas ou com união estável (80%).

7. REFERÊNCIAS

1. Gottlieb MS. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. New Engl J Med 1981; 305:1425-31.
2. Barre-Sinoussi F. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Science 1983; 220:868-71.
3. Popovic M. Detection, isolation and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS. Science 1984; 224:497-500.
4. Szwarcwald CL, Castilho EA, Barbosa AJ, Gomes MRO, Costa EMM, Maletta BV, et al. Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. Cad Saúde Pública 2000; 16(supl):113-28.
5. Kline MW, Chairperson B, Robert J, Futterman D, Havens PL, King S, et al. Technical Report: Perinatal Human Immunodeficiency Virus Testing and Prevention of Transmission. Pediatrics 2000; 106(6):88-109.
6. Horgan M, Matcha SB. Sexually Transmitted Diseases And HIV. Dermatologic Clinics 1998; 16(4):847-54.
7. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico AIDS 1997; ano IX número 5.
8. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. AIDS: Boletim Epidemiológico 2000.

9. Szwarcwald CL, Andrade CLT, Castilho EA. Estimativa do número de órfãos decorrentes da AIDS materna, Brasil, 1987-1999. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(sup1):129-34.
10. Melo VH. A Transmissão Materno-Fetal do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *Femina* 1999; 27(5):405-12.
11. Veloso VG, Pilotto JH, Azambuja R, Valle FF, Perez M, Grinsztein B, et al. High prevalence of HIV infection in low income pregnant women in Rio de Janeiro-Brasil. *Int Conf AIDS* 1998; 12:1163-71.
12. Thorne C, Newell M. Epidemiology of HIV infection in the newborn. *PubMed* (2000) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov:80>.
13. Ministério da Saúde. Vigilância do HIV por Rede Sentinela Nacional. Manual de Campo. Brasília:Coordenação Nacional de DST e AIDS.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Szwarcwald CL. A Disseminação da Epidemia de AIDS no Brasil no Período de 1987-1996: Uma Análise Espacial. Sobre a Epidemia da AIDS no Brasil: Distintas Abordagens. 55-60. Brasília, 1999.
15. Fedrizzi EN. Infecções e infestações na gravidez. In: Associação Catarinense de Medicina. Manual de Terapêutica em Ginecologia e Obstetrícia. 2a.ed. Florianópolis; 1999.
16. Johnstone FD. HIV and pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103:1184-90.
17. Mere MJD, Huaman H. Gestación e infección por VIH. Experiencia en el Hospital A. Loayza. *Ginecol. & Obstet* 1999; 45(1) :43-8.
18. Pacheco J. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida perinatal. *Ginecol. & Obstet* 41; (1):232-40.

- 19.Figueroa RD. Evolución de los embarazos de mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana. *Salud Publica Mex* 1999; 41(5):362-7.
- 20.Connor EM, Sperling RS, Gelber R. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331(3):1173-80.
- 21.Centers For Disease Control And Prevention. Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother-to-infant. *MMWR* 1994; 43(16):285-7.
- 22.Centers For Disease Control And Prevention. Adminstration of Zidovudine during late pregnancy and delivery to prevent perinatal HIV transmission-Thailand, 1996-1998. *MMWR* 1998; 47(8):151-4.
- 23.Mandelbrot L, Chenadec J, Berrebi A. Interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French perinatal cohort. *Jama* 1998; 280:55-60.
- 24.Kind C, Rudin C, Siegrist CA. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and zidovudine prophylaxis. *AIDS* 1998; 12:205-10.
- 25.Ministério da Saúde. Recomendações para a redução da transmissão vertical. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS 1998;(c) 9 p.
- 26.Khalsa AM, Currier J. Women And HIV: A Review of Current Epidemiology, Gynecologic Manifestations, and Perinatal Transmission. *Clinics in Office Practice* 1997; 24(3):617-46.
- 27.Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cad Saude Pública* 2000; 16(sup1):135-41.

- 28.Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira SA. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):51-69.
- 29.Peersman GV, Levy JA. Focus and effectiveness of HIV-prevention efforts for young people. *AIDS* 1998; 12(sup A):191-6.
- 30.Gibb DM. Antenatal Screening for HIV Infection. *AIDS Patient Care STDS* 2000; 14(3):125-31.
- 31.Nogueira SA, Custódio EJ, Costa TP. Infecção pelo HIV e Gravidez. *JBM* 1996; 70(4):80-5.
- 32.Eames M, Ben-sholamo Y, Marmot MG. Social deprivation and premature mortality: Ragional comparison across; *BMJ* 307-1097-1102.
- 33.Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *AM J of Pub Med* 1995; 85:949-56.
- 34.McGowan J, Shah S. Manegement of HIV infection during pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12(5):357-67.
- 35.Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids XII: 9-15 Semana Epidemiológica 35-47. Brasília 1999.
- 36.Galvão J, Parker R. Quebrando Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil.Rio de Janeiro: Abia/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Editora Relume Dumara.
- 37.Dayton JM, Merson MH. Global Dimencions of the AIDS Epidemic: Implications for Prevention and Care. *Infectious Dis of North Am* 2000; 14(4):34-48.
- 38.Siriwasin W, Shaffer N, Roongpisuthipong A, Bhiraleus P, Chinayon P, Wasi C, et al. HIV Prevalence, Risk, and Partner Serodiscordance Among Pregnant Women in Bangkok. *JAMA* 1998; 280(1):49-54.
- 39.Porto AGM, Marra AR, Souza JJAL, Achilles RB, Rodrigues JLT, Mizobuchi CC. Evolução obstétrica em mulheres portadoras do virus da

- imodeficiencia humana do tipo1. Rev Bras Ginecol Obstet 1996; 18(4):305-10.
- 40.Purtscher D, Héctor E, Correa M, Mirazo IM, Calandria LB, Somma LB, et al. Evolución de la gestación en mujeres VIH positivo. Rev Med Urug 1991; 7(1):64-8.
- 41.Bessinger R, Kissinger P, Bedimo AL. Reproduce choices among HIV-positive women. Soc Sci Med 1998; 46(2):171-9.
- 42.Bain RM, Major C, Gray H, Read SE, Gomez MP. Characteristics of HIV-infected pregnant women in the Bahamas. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1996; 12(4):400-5.
- 43.Alvarez W, Sotillet M, Bermúdez D, Cedeño M, Ayala V. Incidencia de HIV en mujeres parturientas: Hospital Universitario Dr Luis Razetti. Rev Soc Med-Quir Hosp Emerg Pérez de Leon 1997; 30(1):45-9.

NORMAS ADOTADAS

As normas adotadas para a confecção deste trabalho foram as determinadas pelo colegiado do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, através da resolução 001/99.

Para as referências bibliográficas foram utilizadas as normas determinadas pela convenção de Vancouver.

RESUMO

A epidemia de AIDS no Brasil teve início em 1982, em São Paulo e no Rio de Janeiro, desde então vem ocorrendo uma importante mudança no perfil epidemiológico, com progressiva participação de mulheres, evidenciada pela redução da razão de sexo de 24:1 em 1985 para 2:1 em 1999. Em nosso estudo avaliou-se a prevalência da infecção pelo HIV entre as 432 mulheres atendidas na Maternidade do Hospital Universitário/UFSC, no período de junho a setembro de 2000, encontrando 1,16% de mulheres soropositivas, sendo que 60% destas tinham idade menor ou igual a 20 anos, 80% eram casadas ou tinham união estável, 60% relatavam parceiro de risco.

SUMMARY

The AIDS's epidemic in Brazil begun in 1982, in São Paulo and in Rio de Janeiro. Since then it comes happening an important change in the epidemiology, with progressive participation of women, evidenced by the reduction of the sex reason, of 24:1 in 1985, for 2:1 in 1999. Our study evaluated the prevalence of the infection by HIV among the 432 women assisted in Maternity of Hospital Universitário/UFSC, from June to September of 2000. The rate was 1,16% of HIV positive women, been 60% of them had 20 years old or less, 80% were married or had stable union, and 60% told risk partner.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Registro: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____ Cor: _____

Escolaridade: _____ Renda familiar (SM): _____

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Ectópica: _____

PRÉ-NATAL

Sim () N^o consultas: _____ Não () Motivo: _____

Cartão pré-natal: sim () não ()

VDRL (+) () Tratamento: _____

(-) () N^o : _____

Toxo IgG (+) / IgM (-) ()

IgG (+) / IgM (+) () ⇒ Tratamento: _____

IgG (-) / IgM (-) () ⇒ Aconselhamento: Sim () Não ()

⇒ Exame repetido: Não ()

Sim: I tri(), II(), III()

INTERNAÇÃO

IG pela DUM: _____ IG por USG: _____

Motivo: Curetagem () TPP ()

Parto Normal () Cesárea () ⇒ Indicação: _____

RN: vivo () morto () Peso: _____ g Apgar: 1': _____ 5': _____ Capurro: _____

Fatores de risco: () Carne/ ovos "crus", mal cozidos

() Frutas/ verduras mal lavadas

() Animais domésticos: cão () gato () _____ ()

DST prévia () Qual: _____ Tratamento: _____

Atual () Qual: _____ Tratamento: _____

Companheiro durante gestação: Sim () Nº : _____ Não ()

FATORES DE RISCO

- () drogas injetáveis
 () drogas não injetáveis
 () DST prévia
 () hemotransusão prévia
 () parceiro de risco () drogadito
 () hemofílico
 () bissexual
 () hemotransusão
 () HIV +
 () sem fator de risco
 () HIV +

SOROLOGIA

VDRL (+) () Titulação: ____ / ____ FTA- abs: _____
 (-) ()

IFI () IgG (+) Tit: _____ IgM (-)
 () IgG (+) Tit: _____ IgM (+) Tit: _____
 () igG (-) IgM (-)
 () IgG (-) IgM (+) Tit: _____

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi admitida neste hospital para : () realização de parto , () curetagem uterina, () inibição de trabalho de parto prematuro. O objetivo deste termo é pedir sua permissão para usarmos informações a respeito de suas condições clínicas, como por exemplo, a presença ou não de sorologia positiva para ()sífilis, ()toxoplasmose ou ()HIV em seu sangue. Coletarei uma pequena quantidade de seu sangue para ser avaliado em laboratório. Não será administrado nenhum medicamento adicional que não sejam o que o seu médico assistente pretenda administrar para seu correto tratamento.

O objetivo deste trabalho é determinar em nosso meio a prevalência destas infecções em nossa população, cujos resultados poderão ou não modificar as condutas tomadas no pré-natal, sendo assim de suma importância para a coletividade.

Estas informações serão utilizadas para a realização de 3 (três) trabalhos de conclusão de curso. Todas as informações coletadas serão mantidas confidencialmente. Os dados serão armazenados em um computador sem identificação, e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, tendo você a liberdade e o direito de pedir para tirar seu nome e seus dados do trabalho quando quiser ou se achar que lhe trará algum prejuízo ou constrangimento. Este estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos e está de acordo com os termos das resoluções 196 e 251 do Conselho Nacional de Saúde.

Se em seu sangue houver sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose ou HIV você será comunicada por mim, se assim desejar, e, se for de sua vontade, será encaminhada para aconselhamento e/ou tratamento no ambulatório deste hospital.

Eu, abaixo assinado, concordo que as informações a respeito de minha condição médica podem ser usadas neste estudo. Eu entendo que estas informações serão confidenciais e que meu nome não será mencionado em qualquer publicação deste estudo e que a atenção dispensada a mim e ao meu bebê não serão prejudicadas em caso de recusa à participação do trabalho.

Nome da paciente

Assinatura da paciente

Local e Data

**TCC
UFSC
TO
0300**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0300

Autor: Barcala, Rogério d

Título: Prevalência da soropositividade



972813962

Ac. 254430

Ex.1 UFSC BSCCSM